

**10^{ème} Congrès Mondial de la WAIMH
(Paris, France – 8-12 Juillet 2006)**

POSTER # 311



**EVALUATION DE
L'ACCUEIL FAMILIAL THÉRAPEUTIQUE
POUR LES NOURRISSONS À RISQUE :
QUELS REPÈRES**

**Cathy FOURÈS¹, Jean-Louis NOUVEL², Martin PAVELKA³,
Pascal RICHARD⁴, Hana ROTTMAN⁵**

Présentation par : Dr Hana ROTTMAN

Auteur Correspondant : Dr Pascal RICHARD
P.F.T. du 1er S.P.I.J. de Paris
63 rue de la Roquette – 75011 PARIS (France)
pric2@wanadoo.fr

-
- ¹ Pédopsychiatre, Praticien Hospitalier responsable de l'A.F.T. du 3ème SPIJ de Paris,
² Pédopsychiatre, Praticien Hospitalier responsable de l'A.F.T. du C.H. Henri-Laborit, Poitiers,
³ Pédopsychiatre, Praticien Hospitalier responsable de l'U.A.F.T. du 5ème SPIJ de l'Essonne,
⁴ Pédopsychiatre, Praticien Hospitalier responsable du P.F.T. du 1er SPIJ de Paris,
⁵ Pédopsychiatre, Ancien responsable du C.F.A.T. du 3ème SPIJ de Paris.
(Membres du Réseau des Intervenants en Accueil Familial Enfants à but Thérapeutique)

INTRODUCTION

Depuis que les pédopsychiatres se sont intéressés aux enfants placés dans des familles d'accueil, ils ont observé chez ces enfants un haut degré de psychopathologie ainsi qu'une fréquente transmission intergénérationnelle de troubles psychiques.

Ces cinquante dernières années, des unités spécialisées de pédopsychiatrie ont utilisé l'Accueil Familial comme modalité thérapeutique pour les situations où une parentalité pathologique (liée à diverses formes de troubles mentaux des parents) était susceptible d'avoir des conséquences pathologiques chez le bébé (par le biais de troubles des interactions précoces, de carences ou de maltraitances), et de contribuer au bout du compte à une répétition transgénérationnelle de la dysparentalité.

Cette pratique a permis aux soignants de mieux comprendre les processus développementaux et psychopathologiques à l'œuvre dans ces situations. Cela les a conduit à définir des recommandations sur les indications de séparation entre les nourrissons et leurs parents malades, sur les objectifs et la nature des prises en charge et traitements nécessités par les enfants, et sur la nécessité d'un engagement durable d'une équipe spécialisée tant envers les parents que la famille d'accueil.

L'Accueil Familial Thérapeutique (AFT) a ainsi été développé et théorisé comme un moyen de prévention secondaire et de traitement pour certains nourrissons et enfants. Cependant, malgré le nombre croissant des connaissances partagées autour d'observations longitudinales et d'études de cas, l'AFT continue de susciter, chez certains professionnels, de fortes résistances qui, au delà de leur enracinement dans les représentations de chacun en matière de droits des nourrissons et des enfants, prennent maintenant la forme de doutes quant à l'intérêt de l'AFT dans une période de réduction drastique des budgets consacrés à la santé mentale des enfants.

Le débat sur ce qui est économiquement possible en matière de traitement et de prévention à long terme proposés par l'AFT devrait pouvoir s'appuyer sur une évaluation approfondie de ses objectifs et de ses pratiques. Mais les professionnels français intervenant dans le champ de la santé mentale du nourrisson et dans celui de la protection de l'enfance ne sont pas très familiers avec la « médecine basée sur les faits », et la littérature francophone sur ces sujets est particulièrement réduite.

LES NOURRISSONS QUI GRANDISSENT DANS UN AFT DE LONGUE DURÉE

Comme l'a souligné une série d'article récemment publiés dans le *Infant Mental Health Journal* [3], il faut impérativement, pour améliorer la vie des nourrissons de plus en plus nombreux à être admis en Accueil Familial, que les débats sur les politiques publiques dans ces domaines s'appuient sur des recherches de différentes origines. Ces nourrissons connaissent un taux important de problèmes médicaux et développementaux, et ils présentent de sérieux facteurs de risque pour la survenue de troubles psychiques [4]. Certains parents font montre de comportements extrêmement inadéquats, voire maltraitants, à l'encontre de leurs enfants et ils sont souvent inaccessibles aux soins. Un placement de longue durée doit alors être précocement envisagé [2,13,17]. Le succès de la stabilité d'un accueil familial dépend non seulement de la précocité de l'admission et de l'absence d'un précédent échec de placement hors de la famille, mais aussi de l'implication d'une équipe spécialisée veillant à ce que les différents besoins de ces enfants à risques soient satisfaits, et à ce que les familles d'accueil bénéficient d'un réel et durable soutien [5,7,8,9,12,13,16].

Les interventions de ces équipes devraient au minimum prendre en considération 3 besoins fondamentaux des nourrissons en accueil familial :

(a) que leurs comportements soient correctement interprétés ; (b) qu'ils

grandissent dans un milieu attentionné ; (c) et que soient soutenues leurs capacités de régulation (émotionnelle et comportementale) [6]. Les bébés qui ont eu à connaître un changement de milieu de vie avant l'âge d'un an et demi semblent capables d'organiser leurs comportements et leur développement psychologique en fonction de la disponibilité des nouvelles figures parentales [7]. La littérature, tant théorique qu'expérimentale, sur l'attachement et les relations précoces fournit des références utiles quand il s'agit de concevoir des modèles intégrés et dynamiques d'un accueil familial de longue durée qui prendrait en compte les notions de sécurité interne chez les enfants, l'importance du sentiment d'appartenir à une famille sur laquelle compter (et qu'ils peuvent considérer comme la leur), et le développement de leur identité et de leur autonomie [4,15]..

Certains programmes d'accueil familial, connus sous le nom d'Accueil Familial Thérapeutique (AFT) sont construits autour d'une idée force : il est fondamental de prendre en compte le développement du système relationnel de l'enfant placé, et d'en prendre soin [4]. Ces AFT connaissent d'importants effets positifs en ce qui concerne l'amélioration de la stabilité du placement et des compétences sociales des enfants [14].

Mais la littérature sur le fonctionnement et sur les résultats de ces AFT conduit à plusieurs conclusions : (a) les modalités pratiques de fonctionnement des AFT sont si variables qu'il est difficile de tirer des conclusions sur ce qui est efficace ; (b) on manque de données sur les variables qui, dans l'environnement de l'enfant, peuvent compromettre les effets des interventions ; (c) l'impact des prises en charge a été défini trop étroitement [10]. L'attention porte trop souvent sur l'évaluation des protocoles [1] et sur leurs résultats (définis en référence aux changements de statut de l'enfant au sein des programmes et des modes d'aide des services). Il semble nécessaire d'étudier de façon plus large les effets de ces programmes, notamment ceux sur le fonctionnement de l'enfant [11], sur celui de la famille biologique et de la famille d'accueil, et sur l'intégration de l'enfant dans la communauté (Tab. 1).

SITUATION DE L'ACCUEIL FAMILIAL EN FRANCE

La grande majorité (61900) des enfants placés dépend des services départementaux de l'Aide Sociale à l'Enfance (ASE), 5,5 % d'entre eux ayant des troubles qui requièrent de plus une éducation spécialisée (MDPH). Les services associatifs d'accueil familial prennent en charge des enfants nécessitant des interventions « médico-sociales » (Placements Familiaux Spécialisés) ou bien directement placés par décision de justice. Moins de 1 % des enfants placés sont soignés dans le cadre d'AFT pédopsychiatriques. Les politiques françaises en matière de protection de l'enfance et de préservation de l'institution familiale ont du mal à s'harmoniser. Il en résulte une augmentation des placements de courte durée, ce qui entraîne des «oscillations» des enfants entre placements et retours au domicile parental, tandis que les accueils de plus longue durée sont remis à plus tard. Beaucoup d'enfants présentent à cette étape de graves troubles du comportement et d'importants retards de développement.

La pratique clinique a bien mis en évidence les limitations que connaissent alors les soins qui peuvent être proposés pour améliorer le développement, tant psycho-social qu'éducatif, de ces enfants placés trop tardivement, après avoir connu jusque-là de sérieux manques en matière d'éducation, d'affection, d'attention bienveillante et de surveillance appropriée.

Cette situation, que Maurice Berger décrit comme «l'échec de la protection de l'enfance» [2], est aggravée par l'habituelle ignorance de la plupart des professionnels en ce qui concerne les besoins, en terme de développement et de santé mentale, des enfants venant d'être admis en accueil familial.

De plus, il y a un notoire déficit de coordination entre les quatre champs d'intervention concernés par les difficultés que connaissent ces enfants

(champs de la périnatalité, du soin somatique, de la santé mentale et de la protection de l'enfance).

Malgré cette situation néfaste, un réseau de pédopsychiatres français continue de tenter d'utiliser l'Accueil Familial comme un outil de soins dans le cadre coordonnant santé mentale infantile et protection de l'enfance. La référence dans ce domaine reste le livre dans lequel Myriam David décrit sa pratique de plus de 30 ans auprès d'enfants placés, de leurs parents et de leurs familles d'accueil.

UN PROJET PROPOSÉ PAR LE "R.I.A.F.E.T." *

Il est donc apparu à un certain nombre de professionnels français de l'accueil familial que ce dernier se devait de fournir des interventions thérapeutiques destinées à prévenir les risques de rupture du placement et à promouvoir le meilleur développement possible de l'enfant. La mise en place de tels AFT est complexe et exigeante, et elle implique de fournir à chacun des protagonistes de la situation de placement un soutien attentif et durable.

Compte tenu des débats politiques et économiques actuels que suscite le système français d'accueil familial, il faut que l'étude du rapport coût/bénéfice de ces interventions tienne particulièrement compte des processus psychologiques à l'œuvre.

Les modalités de prise en charge en AFT peuvent être conçues en référence à 3 principales fonctions : la fonction d'accueil, la fonction de référence, et la fonction d'élaboration (voir schéma).

Notre réseau d'intervenants étudie actuellement la faisabilité d'une étude prospective française qui viserait à répondre à ces trois questions :

- Quelles sont les corrélations entre l'utilisation de l'AFT et une évolution suffisamment satisfaisante de l'enfant accueilli ?;

* : Réseau des Intervenants en Accueil familial pour Enfants à but Thérapeutique

- Quelles sont alors les conditions minimales requises pour qu'un accueil familial soit thérapeutique ?;
- Existe-t-il des situations cliniques pour lesquelles un autre type d'accueil familial, moins onéreux, pourrait être indiqué (en l'occurrence un A.F. «social») ?

Afin d'évaluer l'effet des différents types d'A.F., cette étude devrait collecter, de façon systématique, durable et cohérente, des données sur les troubles psychopathologiques et psychosomatiques des nourrissons, sur les modes d'attachement et les troubles de séparation chez l'enfant, ainsi que sur le développement des divers processus psychodynamiques et cognitifs depuis les premiers mois jusqu'à l'adolescence.

Ces données cliniques devraient être corrélées avec les informations sur la nature des dispositifs et programmes d'aide, en s'intéressant à la réalité des moyens mis en place (plutôt qu'aux vagues objectifs généralement affichés). Le tableau 2 regroupe les principales données devant être examinées par cette étude, sachant qu'il reste à résoudre la question de la pauvreté, dans notre champs de recherche, d'outils d'investigation validés pour la population française.

CONCLUSION

Malgré des représentations sociales péjoratives de l'accueil familial (dues à l'utilisation abusive et non évaluée de l'A.F. comme une réponse exclusivement sociale de protection de l'enfance), le fait de confier à une famille d'accueil –et pour tout le temps nécessaire à son développement- un enfant séparé de sa famille peut apporter des résultats encourageants, à la condition impérative de fournir à l'enfant, à ses parents et à sa famille d'accueil un cadre durable d'interventions spécialisées de la part d'une équipe impliquée, ainsi que cela est rapporté dans la littérature sur l'AFT.

Ces interventions gagnent à être conçues en référence aux connaissances actuelles sur l'attachement et les interventions précoces, et à la compréhension des processus psychodynamiques à l'œuvre.

Ce qui doit faire l'objet d'une prévention et de soins en A.F., ce sont les risques de constitution de modes d'attachement (comportements, représentations) pathologiques, des relations d'objet perturbées, des troubles psycho-affectifs et cognitifs, et leurs conséquences sur la santé mentale et les compétences sociales des enfants au cours de leur développement.

Le coût d'une telle utilisation thérapeutique de l'A.F. suscite un important besoin d'une évaluation solide des pratiques et de leurs résultats. Or la littérature sur l'évaluation de l'AFT rend quelque peu perplexe, et il y a bien peu d'études à ce sujet en France, où la question coût/ bénéfice se complique du fait de débats idéologiques dans le champs de la protection de l'enfance, tendant à opposer les droits des enfants aux les droits des parents.

Une étude prospective à long terme pourrait fournir des données éclairantes sur les besoins de ces enfants à risques, et sur leur devenir dans les divers dispositifs d'A.F.

La question reste entière de la faisabilité d'une telle étude en France, où les instruments validés de recherche dans le domaine de l'accueil après séparation sont rares.

Nous espérons que cette session de posters sera l'occasion d'échanges scientifiques sur ce que devrait / pourrait être une évaluation sensée de AFT pour tout-petits qui, dans un contexte de troubles de la parentalité entraînant une altération du lien parents-enfant, risquent d'évoluer vers l'installation de troubles psychiques fixés.

**Tableau 1. VARIABLES HABITUELLEMENT ÉTUDIÉES
POUR ÉVALUER L'EFFET DE L'AFT**

ENFANT	<p>Troubles du comportement Perception de soi Compétences sociales Adaptation psychologique Etat de santé Fonctionnement intellectuel et scolaire</p>
FAMILLE BIOLOGIQUE	<p>Troubles mentaux Stabilité sociale Compétences parentales Conflits familiaux Cohésion de la famille Adaptabilité familiale</p>
FAMILLE d'ACCUEIL	<p>Taux d'échec de l'accueil Satisfaction quant à leur rôle Capacité à accueillir Changement au sein de la famille d'accueil</p>
INTERACTIONS DE L'ENFANT	<p>Avec sa famille biologique Avec sa famille d'accueil Avec ses pairs Avec le dispositif d'accueil À l'école Dans son environnement social</p>

Tableau 2 : SUGGESTION DE DONNÉES À RECUEILLIR

-A- Evaluation du développement psychologique de l'enfant

1) *Au moment de l'entrée en A.F.*

- Anamnèse (avant et après la séparation)
 - Temps vécu auprès des parents biologiques (modalités de la vie commune, nombre de rupture de garde, interventions de soutien familial...)
 - Age à la séparation (Inclusion si à moins de 3 ans, préciser si avant 18 mois)
 - Modalités de réalisation de la séparation
 - Durée et type de séjour hors-famille avant d'entrer dans la famille d'accueil.
- Diagnostic à l'admission en Accueil Familial.
 - Version française de la Classification diagnostique 0-3 ans
 - Test d'évaluation des stratégies d'attachement (Q-Sort?)

2) *Pendant l'accueil: Evaluations périodiques*

- Nombre, cause et conséquence de toute rupture d'accueil.
- Tests- Evaluation des comportements et représentations en matière d'attachement (Q-sort, Narrativité, S.A.T, A.A.I;chez les adolescents...)
 - Evaluation cognitive (Brunet-Lezine, WISC...)
 - Tests projectifs (CAT, TAT, Dessin de la famille...)
 - Utilité et faisabilité des dosages biologiques (cortisol)??
 - Adaptation Sociale (Echelle d'adaptation sociale de Vineland)

-B- Evaluation de l'évolution des processus de parentalité

- Psychopathologie parentale (et traitement éventuel)
- Niveau socio-économique parental
- Evolution des troubles de la parentalité (selon les 3 axes proposés par Houzel & al.?)
- Adaptation du Guide d'évaluation des capacités parentales (Steinhauer)
- Codage des interactions parents-enfant pendant les visites?
- Représentation en matière d'attachement chez les parents d'accueil (AAI?, CaMir?)

-C- Evaluation des Intervention du Service d'Accueil Familial

1) *Nature de l'accompagnement de l'enfant par les membres de l'équipe*

- Y a-t-il un professionnel référent pour l'enfant sur le long terme ?
- Nature réelle de sa place auprès de l'enfant ?
- Ratio : Enfants suivis / professionnel de l'équipe

2) *Nature du soutien de l'équipe auprès de la famille d'accueil*

- Visite à Domicile, consultations... (fréquence, qui en a la charge ?, quelles sont les données sur lesquelles porte l'attention...)

3) *Nature du soutien fourni aux parents*

- «Médiatisation» (accompagnement) des visites et des rencontres (pourquoi, comment....)
- Soutien à la parentalité (pratique et expérience de la parentalité)... par qui?

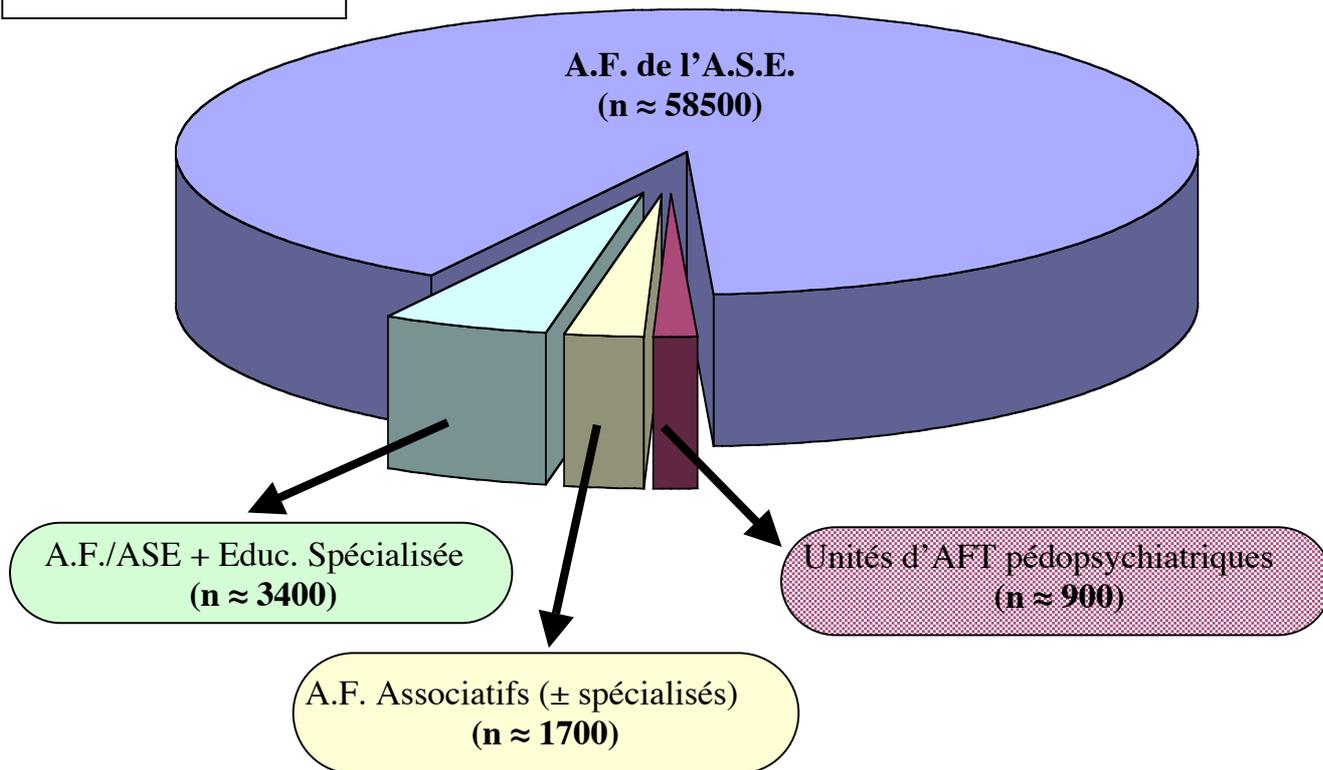
4) *Evaluation des fondements et des modalités des interventions du Service d'Accueil Familial*

- Y a-t-il un projet personnalisé à long-terme pour l'enfant (qui en est le porteur?...)
- Comment ce projet peut-il être adapté?
- Y a-t-il un(e) psychologue / un(e) psychiatre dans l'équipe (quel est son rôle?)
- Quelle est la formation des membres de l'équipe, et celle de la famille d'accueil?
- ...

Figure 1

**NOMBRE D'ENFANTS PRIS EN CHARGE DANS
LES DIFFÉRENTS TYPES D'ACCUEIL FAMILIAL
(Source : DGAS, DHOS – 2004)**

Nbre Total = 64500



BIBLIOGRAPHIE

- 1- Association Nationale des Placements Familiaux (A.N.P.F., Paris). Evaluations en placement familial ; Démarches normatives ? Valorisation des pratiques ?. L'Harmattan, 2005, 144 p.
- 2- BERGER M. L'échec de la protection de l'enfance. Dunod, 2004 (2d édition), 272p.
- 3- CLYMAN R.B. & HARDEN B.J. Infants in foster and kinship care. *Infant Mental Health Journal*; 2002, 23 (5): 433-434.
- 4- CLYMAN R.B., HARDEN B.J. & LITTLE C. Assessment, intervention, and research with infants in out-of-home placement. *Infant Mental Health Journal*; 2002, 23 (5): 435-453.
- 5- DAVID M. Le placement familial ; De la pratique à la théorie. Dunod, 2004 (5th édition), 496 p.
- 6- DOZIER M., HIGLEY E., ALBUS K.E. & NUTTER A. Intervening with foster infants' caregivers: Targeting three critical needs. *Infant Mental Health Journal*; 2002, 23 (5): 541-554.
- 7- DOZIER M., ALBUS K.E., STOVALL K.C. & BATES B. Attachment for infants in foster care: The role of the caregiver state of mind. *Child Development*; 2001, 72 (5): 1467-1477.
- 8- DUMARET A-C., COPELL-BATSCH M. & COURAUD S. Adult outcome of children reared for long-term periods in foster families. *Child Abuse & Neglect*; 1997, 21 (10): 911-927.
- 9- FISHER P.A., BURRASTON B. & PEARS K. The Early Intervention Foster Care program: permanent placement outcomes from a randomized trial. *Child Maltreatment*; 2005, 10 (1): 61-71.
- 10- JAMES S. & MEEZAN W. Refining the evaluation of treatment foster care. *Families in Society*; 2002, 83 (3): 233-244.
- 11- McCUE HORWITZ S., BALESTRACCI K.M.B. & SIMMS M.D. Foster care placement improve children's functioning. *Arch Pediatr Adolesc Med*; 2001, 155 (11): 1255-1260.
- 12- McCUE HORWITZ S., OWENS P. & SIMMS M.D. Specialized assessments for children in foster care. *Pediatrics*; 2000, 106 (1): 59-66.
- 13- MINTY B. Annotation: Outcomes in long-term foster family care. *J. Child Psychol. Psychiat.*; 1999, 40 (7): 991-999.
- 14- REDDY L.A. & PFEIFFER S.I. Effectiveness of treatment foster care with children and adolescents: a review of outcome studies. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*; 1997, 36 (5): 581-588.
- 15- SCHOFIELD G. The significance of a secure base: a psychosocial model of long-term foster care. *Child & Family Social Work*; 7 (4): 259-272.
- 16- SCOTT HELLER S., SMYKE A.T. & BORIS N.W. Very young foster children and foster families: Clinical challenges and interventions. *Infant Mental Health Journal*; 2002, 23 (5): 555-575.
- 17- TRISELIOTIS J. Long-term foster care or adoption? The evidence examined. *Child & Family Social Work*; 2002, 7 (1): 23-33.
- 18- WULCZYN F., BRUNNER HISLOP K. & HARDEN B.J. The placement of infants in foster care. *Infant Mental Health Journal*; 2002, 23 (5): 454-475.